



DEPARTAMENTO DE  
**SALUD**



---

# Sistema de Manejo de Información de Medicaid Puerto Rico

DEL\_PRMMIS\_Final\_User\_Documentation\_PEP\_Spanish\_Navigation\_Ref\_Guide

## Guía de Navegación – Portal de Inscripción de Proveedores (PEP)

Fase Dos - Documentación Final de Usuario Material de  
Adiestramiento – Guía de Referencia

Versión 3.0

## Historial de Cambio

# Versión	Fecha*	Modificado por	Descripción
3.0	10/11/2023	Gainwell Technologies	Actualizaciones de R23-R26
2.0	12/05/2023	Gainwell Technologies	Actualizaciones de R19-R22
1.0	15/07/2020	DXC Technology	Entregable Aprobado

## Contenidos

1	iii	
1	Acrónimos .....	1
2	Visión General.....	2
2.1	Solicitud de Nueva Inscripción .....	3
1.1	Referencia Rápida – Registrarse Para una Solicitud de Nueva Inscripción .....	3
1.1.1	Pasos Detallados .....	3
2.2	Administrar la Contraseña.....	13
1.2	Referencia Rápida – Administrar la Contraseña .....	13
1.2.1	Pasos Detallados .....	13
2.3	Administrar Correo Electrónico.....	19
1.2.2	Referencia Rápida – Administrar Correo Electrónico.....	19
2.4	Cancelar una Inscripción.....	24
1.3	Referencia Rápida – Cancelar una Inscripción .....	24
1.3.1	Pasos Detallados .....	24
2.5	Reanudar .....	26
1.3.2	Quick Reference – Reanudar la Inscripción .....	26
2.6	Revalidar una Inscripción .....	30
1.3.3	Pasos Detallados .....	30
2.7	Estado de Inscripción.....	38
1.4	Referencia Rápida – Estado de Inscripción .....	38
1.4.1	Pasos Detallados .....	38
3	Visión General de los Pasos de Inscripción .....	41
3.1	Diagrama de Flujo del Proceso de Inscripción.....	41
3.2	Descripción de los Pasos de Inscripción .....	42

## 1 Acrónimos

La siguiente tabla contiene la lista de abreviaciones utilizadas dentro del texto de este documento. Acrónimos encontrados en imágenes no van a ser utilizados como referencia a menos que el acrónimo sea necesario para completar la acción.

**Nota:** Esta lista de acrónimos no incluirá toda posible información transaccional relacionada a HIPAA.

Tabla 1 – Acrónimos

Acrónimos	Definición
ATN	Número de Rastreo de la Solicitud (Application Tracking Number)
CLIA	Enmiendas de Mejora de Laboratorios Clínicos (Certified Laboratory Improvement Amendments)
DEA	Drug Enforcement Administration
EIN	Número Identificador de Empleado (Employee ID Number)
HIPAA	Ley de Transferencia y Responsabilidad de Seguro Médico 1996 (Health Insurance Portability and Accountability Act of 1996)
NPI	Identificador Nacional de Proveedor (National Provider ID)
OTP	Contraseña de Un Solo Uso (One Time Password)
PEP	Portal de Inscripción de Proveedores (Provider Enrollment Portal)
PHI	Información Protegida de Salud (Protected Health Information)
PII	Información de Identificación Personal (Personally Identifiable Information)
PRMMIS	Sistema de Manejo de Información de Medicaid Puerto Rico (Puerto Rico Medicaid Management Information System)
PRMP	Programa de Medicaid Puerto Rico (Puerto Rico Medicaid Program)
SSN	Número de Seguro Social (Social Security Number)
URL	Localizador Uniforme de Recursos (Uniform Resource Locator)

## 2 Visión General

La **Guía de Inscripción de Proveedores Atípicos – Portal de Inscripción de Proveedores (PEP)** incluye instrucciones de solicitud de nueva inscripción y notificaciones aplicables a proveedores que desean inscribirse en el Programa de Medicaid Puerto Rico a través del Portal de Inscripción de Proveedores (PEP). Para poder completar una solicitud de nueva inscripción para un Proveedor Atípico, se deben completar todos los pasos requeridos y enviar la solicitud.

Este documento puede ser utilizado en conjunto con sesiones de adiestramiento o como recurso de referencia individual.

Se asume que los participantes de los adiestramientos tienen conocimiento general de navegar el Internet, utilizar computadoras y entendimiento de términos tales como ícono, “desktop”, “folders”, pestañas de internet, navegadores, búsqueda, barra de herramientas, menús, “mouse”, enlaces, opciones para imprimir, y opciones de guardar. Se recomienda que los participantes traigan materiales de tomar nota, tales como herramientas de escritura, libretas, resaltadores o notas adhesivas.

Este documento, igual que otros materiales de adiestramiento de PEP, está disponible en el sistema de gestión de aprendizaje (LMS) de Puerto Rico Medicaid Program (PRMP). Puedes encontrarlo haciendo clic en el siguiente enlace: <https://lms.prmis.pr.gov>.

Después de leer la **Guía de Inscripción de Proveedores Atípicos – Portal de Inscripción de Proveedores (PEP)**, los proveedores deben poder completar los siguientes objetivos de aprendizaje en PEP:

- Completar todos los pasos requeridos de una inscripción.
- Enviar una solicitud de nueva inscripción.
- Entender las diferentes notificaciones recibidas del Portal de Inscripción de Proveedores y las respectivas acciones que se deben tomar.

**Nota:** Este material de adiestramiento contiene información ficticia y no contiene Información Protegida de Salud (PHI) o Información de Identificación Personal (PII).

## 2.1 Solicitud de Nueva Inscripción

Debe registrarse antes de comenzar una solicitud de nueva inscripción en el Portal de Inscripción de Proveedores (PEP). Esto le permite añadir credenciales que usará para reanudar su solicitud de inscripción y verificar su estado de inscripción.

### Referencia Rápida – Registrarse Para una Solicitud de Nueva Inscripción

Tabla 2 – Registrarse Para una Solicitud de Nueva Inscripción

Paso	Tarea	Acción	Resultado
Abra un navegador de internet (conocida en inglés como “browser”) y vaya al Localizador Uniforme de Recursos (conocida por sus siglas en inglés URL) para el Portal de Inscripción de Proveedores (PEP) de Puerto Rico: <a href="https://pr.hppcloud.com">https://pr.hppcloud.com</a>			
1	Comenzar una nueva inscripción.	Haga clic en Menú, luego Inscripción Proveedor, y luego Nueva Inscripción.	Observará la página de Bienvenida.
2	Comenzar el proceso de inscripción.	Complete la Lista de verificación previa de inscripción, luego Haga clic en Iniciar en la parte superior derecha de la sección de Bienvenida.	Observará la página de Registro.
3	Completar el registro de inscripción.	Complete la página de Registro.	Requisitos para registrarse para una nueva inscripción han sido completados.
4	Enviar registro de inscripción.	Haga clic en Registrar.	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Observará una ventana nueva con el Número de Rastreo de la Solicitud (ATN).</li> <li>• Detalles de su registro y de su solicitud son enviados a la dirección de correo electrónico registrada.</li> </ul>
5	Mostrar una nueva solicitud de inscripción.	Haga clic en OK en la ventana observada.	Observará una nueva solicitud de inscripción. Siga los pasos requeridos de acuerdo con su Tipo de Inscripción, los cuales se encuentran en la Guía de Inscripción de PEP que le corresponda.

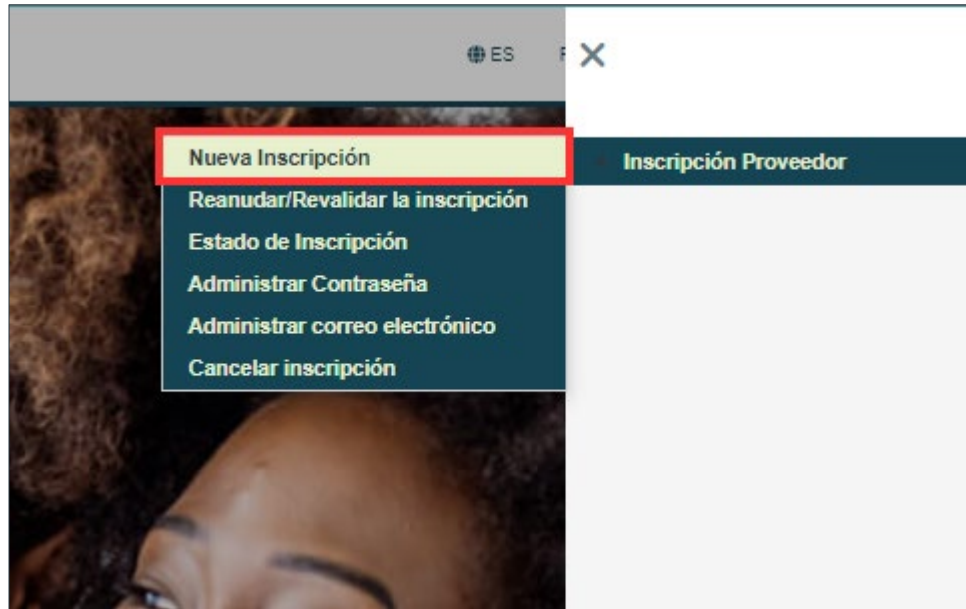
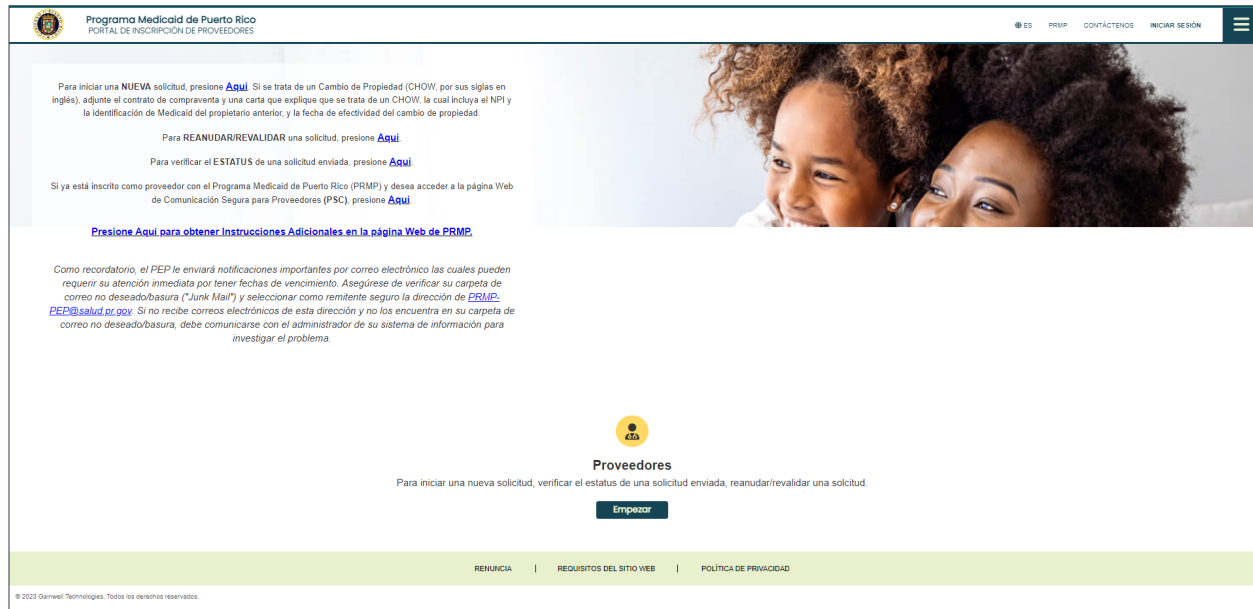
### Pasos Detallados

1. Abra un navegador de internet (conocido en inglés como “browser”) compatible de la siguiente lista y escriba el URL para el PEP. Si ha visitado el PEP anteriormente y lo tiene marcado como su favorito en su navegador, seleccione el PEP en la lista de favoritos de su navegador.

Navegadores de internet compatibles con PEP incluyen:

- Microsoft Internet Explorer (versión 7.0 o posterior)
- Google Chrome (versión 70.0.3538 o posterior)
- Microsoft Edge (versión 41.16299.15 o posterior)
- Mozilla Firefox (versión 2.0 o posterior)

Una vez se encuentre en la página de Inicio del PEP, haga clic en el botón de **Menú** y del listado desplegable de **Inscripción Proveedor** seleccione **Nueva Inscripción**.





**NOTA:** El registro de su inscripción se hace a través de la opción de **Menú**, no a través del enlace de **Registro**.

Para iniciar una **NUEVA** solicitud, presione [Aquí](#). Si se trata de un Cambio de Propiedad (CHOW, por sus siglas en inglés), adjunte el contrato de compraventa y una carta que explique que se trata de un CHOW, la cual incluya el NPI y la identificación de Medicaid del propietario anterior, y la fecha de efectividad del cambio de propiedad.

Para **REANUDAR/REVALIDAR** una solicitud, presione [Aquí](#).

Para verificar el **ESTATUS** de una solicitud enviada, presione [Aquí](#).

Si ya está inscrito como proveedor con el Programa Medicaid de Puerto Rico (PRMP) y desea acceder a la página Web de Comunicación Segura para Proveedores (PSC), presione [Aquí](#).

[Presione Aquí para obtener Instrucciones Adicionales en la página Web de PRMP.](#)

Como recordatorio, el PEP le enviará notificaciones importantes por correo electrónico las cuales pueden requerir su atención inmediata por tener fechas de vencimiento. Asegúrese de verificar su carpeta de correo no deseado/basura ("Junk Mail") y seleccionar como remitente seguro la dirección de [PRMP-PEP@salud.pr.gov](mailto:PRMP-PEP@salud.pr.gov). Si no recibe correos electrónicos de esta dirección y no los encuentra en su carpeta de correo no deseado/basura, debe comunicarse con el administrador de su sistema de información para investigar el problema.

Adicionalmente, no iniciará una sesión en el Portal de Inscripción de Proveedores en ningún momento. Por tal razón, no usará la opción de **Iniciar Sesión** observada en la parte superior de la página de Inicio.



El enlace de Registro y la opción de Iniciar Sesión son solamente para usuarios internos del PEP.



2. Observará la página de Bienvenido.

## Bienvenido

**Bienvenido al Portal de Inscripción de Proveedores (PEP) del Programa Medicaid de Puerto Rico (PRMP)**

Para iniciar una NUEVA inscripción, haga clic en el botón "Iniciar" en la esquina inferior derecha para comenzar el proceso de Inscripción.

La inscripción se guardará automáticamente cada vez que haga clic en "Continuar".

Para REANUDAR/REVALIDAR una inscripción, haga clic [Aquí](#)

Los miembros del grupo (individuos dentro de un grupo) solo necesitan estar inscritos una vez y pueden afiliarse a múltiples grupos inscritos. Todos los archivos adjuntos deben estar completos, legibles y actuales. Asegúrese de conservar copias de cualquier documentación de respaldo para sus registros.

Se le notificará por correo electrónico si su solicitud de inscripción no pudo ser procesada porque está incompleta o por que la información esta incorrecta.

Para obtener una lista de credenciales y documentos necesarios para completar su solicitud de inscripción, complete los campos requeridos a continuación y haga clic en el botón "Generar Pre-Lista de Verificación"

Recursos Adicionales:

Para preguntas Frecuentes de Inscripción General (FAQs) haga clic [Aquí](#)

Para obtener orientación adicional, revise las Guías de Referencia de PEP y los cursos de Adiestramiento Basado en Computadora (CBT) [Aquí](#)

Para preguntas relacionadas con su inscripción en el Programa Medicaid de Puerto Rico, comuníquese con la Unidad de Inscripción de Proveedores de Medicaid en (787) 641-4200 entre 8:00 a.m. y 5:00 p.m. Hora estándar del Atlántico, de lunes a viernes. Usted también puede enviar su pregunta por correo electrónico a [prmp-pep@salud.pr.gov](mailto:prmp-pep@salud.pr.gov).

Iniciar

## Lista de verificación previa de inscripción

Seleccione los siguientes parámetros para generar una lista de verificación con las credenciales y los documentos necesarios para completar una solicitud de inscripción. Todas las credenciales que se proporcionan en la aplicación deben ser actuales. Las credenciales vencidas o caducadas en el futuro harán que se devuelva su solicitud.

<b>Tipo de inscripción</b>	<b>Tipo de Proveedor</b>
Seleccione un valor ...	Seleccione un valor ...
<b>Especialidad</b>	<b>Tipo de Tax ID</b>
Seleccione un valor ...	<input type="radio"/> EIN <input type="radio"/> SSN
<b>¿Está Ud inscrito en Medicare?</b>	
<input type="radio"/> Si <input type="radio"/> No	

Limpiar Generar pre-lista de verificación

Complete los campos de la sección de la Lista de verificación previa a la inscripción y haga clic en Generar Pre-Lista de Verificación. Esto va a generar una lista con los documentos y acreditaciones requeridas para su inscripción, basado en su Tipo de Inscripción y Proveedor.



**NOTA:** Este paso es **opcional**. Puede comenzar su solicitud de inscripción sin una Pre-Lista.


## Lista de verificación previa de inscripción

Seleccione los siguientes parámetros para generar una lista de verificación con las credenciales y los documentos necesarios para completar una solicitud de inscripción. Todas las credenciales que se proporcionan en la aplicación deben ser actuales. Las credenciales vencidas o caducadas en el futuro harán que se devuelva su solicitud.

<b>Tipo de inscripción</b>	<b>Tipo de Proveedor</b>
Seleccione un valor ...	Seleccione un valor ...
<b>Especialidad</b>	<b>Tipo de Tax ID</b>
Seleccione un valor ...	<input type="radio"/> EIN <input type="radio"/> SSN
<b>¿Está Ud inscrito en Medicare?</b>	
<input type="radio"/> Si <input type="radio"/> No	

Limpiar **Generar pre-lista de verificación**

*Ejemplo de una Pre-Lista:*



**Puerto Rico Medicaid Program**  
Provider Enrollment Portal

Lista de verificación previa a la inscripción

Criterios

<b>Tipo de inscripción</b>	<b>Tipo de Proveedor</b>
Facilidad	Hospital
<b>Especialidad</b>	<b>Tipo de Tax ID</b>
901-Hospital General	<input checked="" type="radio"/> EIN <input type="radio"/> SSN

Resultados

A continuación encontrará las credenciales y los documentos necesarios para completar la solicitud de inscripción. Los requisitos pueden variar dependiendo de cualquier otro criterio que pueda ingresar durante la solicitud de inscripción. Todas las credenciales mencionadas aquí que se proporcionan en la aplicación deben estar actualizadas. Las credenciales vencidas o caducadas en el futuro harán que su solicitud sea devuelta.

- **Licencia** se requieren detalles.
- **DEA** se requieren detalles.
- **Idiomas** se requieren detalles.
- **Información de Negligencia Profesional** se requieren detalles.
- **Información de Camas** se requieren detalles.
- **Cargo de la Inscripción** se requieren detalles.

**Adjuntos requeridos:**

- **Carta de Certificación CMS** se requieren detalles.
- **Certificación DEA** se requieren detalles.
- **Licencia de Hospital** se requieren detalles.
- **Negligencia/Seguro de Responsabilidad Civil** se requieren detalles.
- **Formulario Federal W-9** se requieren detalles.

Cuando esté listo para comenzar el proceso de registro de inscripción, haga clic en **Iniciar** en la sección de **Bienvenido**.

## Bienvenido

### Bienvenido al Portal de Inscripción de Proveedores (PEP) del Programa Medicaid de Puerto Rico (PRMP)

Para iniciar una NUEVA inscripción, haga clic en el botón "Iniciar" en la esquina inferior derecha para comenzar el proceso de Inscripción.

La inscripción se guardará automáticamente cada vez que haga clic en "Continuar".

Para REANUDAR/REVALIDAR una inscripción, haga clic [Aqui](#).

Los miembros del grupo (individuos dentro de un grupo) solo necesitan estar inscritos una vez y pueden afiliarse a múltiples grupos inscritos. Todos los archivos adjuntos deben estar completos, legibles y actuales. Asegúrese de conservar copias de cualquier documentación de respaldo para sus registros.

Se le notificará por correo electrónico si su solicitud de inscripción no pudo ser procesada porque está incompleta o por que la información esta incorrecta.

Para obtener una lista de credenciales y documentos necesarios para completar su solicitud de inscripción, complete los campos requeridos a continuación y haga clic en el botón "Generar Pre-Lista de Verificación"

Recursos Adicionales:

Para preguntas Frecuentes de Inscripción General (FAQs) haga clic [Aqui](#).

Para obtener orientación adicional, revise las Guías de Referencia de PEP y los cursos de Adiestramiento Basado en Computadora (CBT) [Aqui](#).

Para preguntas relacionadas con su inscripción en el Programa Medicaid de Puerto Rico, comuníquese con la Unidad de Inscripción de Proveedores de Medicaid en (787) 641-4200 entre 8:00 a.m. y 5:00 p.m. Hora estándar del Atlántico, de lunes a viernes. Usted también puede enviar su pregunta por correo electrónico a [prmp-pep@salud.pr.gov](mailto:prmp-pep@salud.pr.gov).

 **Iniciar**

1. Observará la página de Registro. Este paso es requerido antes de iniciar una solicitud de nueva inscripción. Añada la siguiente información en los campos correspondientes:
  - a. **Correo Electrónico** – El Número de Rastreo de la Solicitud (ATN) será enviada al correo electrónico registrado, en adición a cualquier comunicación durante la inscripción.
  - b. **Contraseña** – Cree una nueva contraseña. Esta será utilizada, en conjunto con el ATN enviado por correo electrónico, para reanudar esta solicitud de inscripción si no se envía inmediatamente.

**NOTA:** Las contraseñas deben tener entre 8 y 20 caracteres e incluir como mínimo una letra minúscula, una letra mayúscula y un dígito numérico.

- c. **Referencia de Proveedor** – Este campo es opcional. Se utiliza para añadir información de referencia interna para ayudarlo a identificar la solicitud de inscripción. Información añadida en este campo no puede excederse de 100 caracteres.

INSCRIPCIÓN PROVEEDOR Nueva Inscripción

## Registro

Campos requeridos ( \* )

Regístrese a continuación para que se le asigne un Número de Rastreo de la Solicitud (ATN) único. Se enviará una confirmación por correo electrónico a la dirección de correo electrónico proporcionada en su registro con su ATN. Asegúrese de guardar su contraseña. Si no envía su inscripción de inmediato, puede usar este número de rastreo y contraseña para reanudar su solicitud de inscripción más adelante.

**Nota:** Es importante que agregue prmp-pep@salud.pr.gov como un remitente seguro en las opciones de la carpeta de correo no deseado (Junk Mail).

\* Correo Electrónico \* Confirmar Dirección de Correo Electrónico

\* Contraseña \* Confirmar Contraseña

Referencia del Proveedor

Anterior GENERAR CODIGO DE AUTENTICIDAD

3. Una vez toda la información requerida ha sido añadida en los campos correspondientes, haga clic en **Generar Código De Autenticidad** en la parte inferior derecha.

INSCRIPCIÓN PROVEEDOR Nueva Inscripción

## Registro

Campos requeridos ( \* )

Regístrese a continuación para que se le asigne un Número de Rastreo de la Solicitud (ATN) único. Se enviará una confirmación por correo electrónico a la dirección de correo electrónico proporcionada en su registro con su ATN. Asegúrese de guardar su contraseña. Si no envía su inscripción de inmediato, puede usar este número de rastreo y contraseña para reanudar su solicitud de inscripción más adelante.

**Nota:** Es importante que agregue prmp-pep@salud.pr.gov como un remitente seguro en las opciones de la carpeta de correo no deseado (Junk Mail).

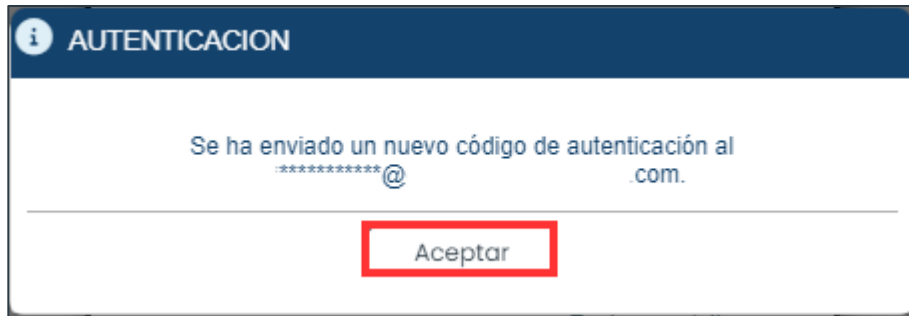
\* Correo Electrónico \* Confirmar Dirección de Correo Electrónico

\* Contraseña \* Confirmar Contraseña

Referencia del Proveedor

Anterior GENERAR CODIGO DE AUTENTICIDAD

Una ventana emergente le avisa que se ha enviado un código de autenticación a su dirección de correo electrónico. Haga clic en Aceptar.



An email is sent to the address entered during registration. This email contains an authentication code.

### Código de Autenticación de Registro de Inscripción de Proveedor



prmmis-securityaccessrequest@gainwelltechnologies.com  
To

[i](#) If there are problems with how this message is displayed, click here to view it in a web browser.

Utilice el siguiente código de autenticación para el Registro de Inscripción de Proveedores.

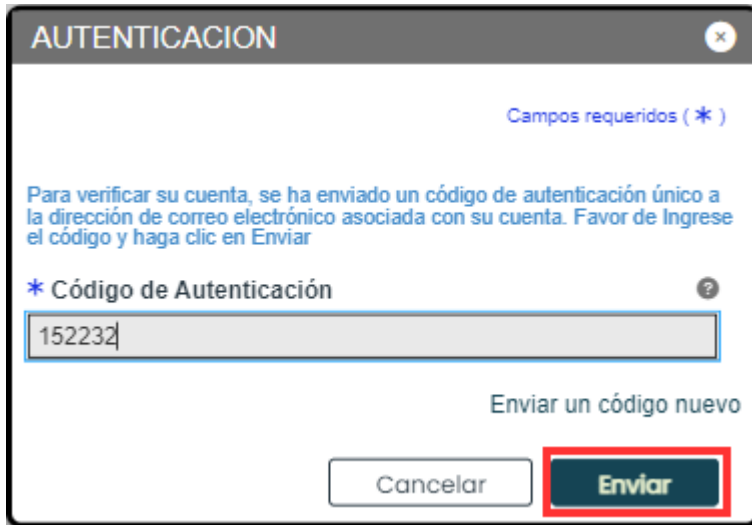
Código de autenticación: 725345

Si la solicitud se ha cerrado, este código de autenticación ya no es válido. Para solicitar un código nuevo, vuelva a la página principal y haga clic en Enviar Nuevo Código.

Haga clic en el botón "Generar Código de Autenticación" para generar un Código de Autenticación nuevo.

Si no solicitó este código de autenticación, puede ignorar este correo electrónico de manera segura.

Enter the code in the Authentication Code pop-up window. Click Submit.



AUTENTICACION

Campos requeridos ( \* )

Para verificar su cuenta, se ha enviado un código de autenticación único a la dirección de correo electrónico asociada con su cuenta. Favor de Ingrese el código y haga clic en Enviar

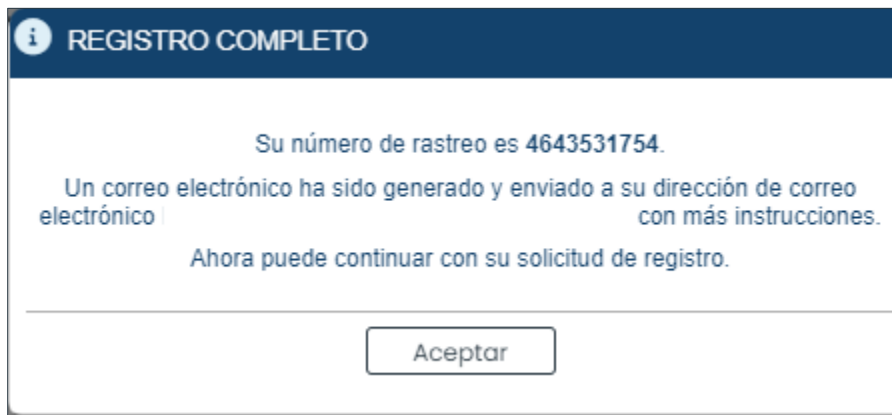
\* Código de Autenticación

152232

Enviar un código nuevo

Cancelar Enviar

Observará una ventana nueva con el Número de Rastreo de la Solicitud (ATN) de su solicitud de nueva inscripción y le informa que este número también será enviado por correo electrónico.



REGISTRO COMPLETO

Su número de rastreo es 4643531754.


Un correo electrónico ha sido generado y enviado a su dirección de correo electrónico con más instrucciones.

Ahora puede continuar con su solicitud de registro.


Aceptar


El correo electrónico enviado por el sistema contiene el ATN, una pista de su contraseña (el primer y último carácter) y la Referencia de Proveedor, si se incluyó en el registro.

**Nueva Inscripción Notificación de Registro**

 prmmis-securityaccessrequest@gainwelltechnologies.com  
To

Retention Policy 3 Year Delete (Entire Mailbox) (3 years)

 If there are problems with how this message is displayed, click here to view it in a web browser.

 Translate message to: English | Never translate from: Spanish | Translation preferences

Estimado Proveedor:

¡Felicitades! Se ha registrado con éxito para comenzar el proceso de inscripción como proveedor con el Programa Medicaid de Puerto Rico (PRMP). A continuación, le indicamos el número de rastreo único asociado a su solicitud de inscripción. Tome nota de su número de rastreo y contraseña. Si aún no ha completado su solicitud de inscripción, esta solicitud seguirá siendo válida durante treinta (30) días calendario a partir de la última vez que la actualizó. De no ocurrir actividad dentro de treinta (30) días calendario, la solicitud de inscripción se eliminará y el proceso de inscripción deberá iniciarse nuevamente.

Número de rastreo: 4643531754  
Contraseña: 1\*\*\*\*\*3

Para reanudar su inscripción parcial, acceda al enlace a continuación e ingrese el número de rastreo de su solicitud de inscripción y la contraseña que ingresó durante el proceso de registro. Recuerde que cada solicitud de proveedor tiene un número de rastreo único y debe completarse individualmente.

<https://pr.cfq.hppcloud.com/ProviderEnrollment/EnrollmentResume/>

Si tiene preguntas sobre este aviso o sobre su inscripción en el Programa Medicaid de Puerto Rico, comuníquese con la Unidad de Inscripción de Proveedores de Medicaid en (787) 641-4200 entre 8:00 a.m. y 5:00 p.m. Hora Estándar del Atlántico, de lunes a viernes. También puede enviar su consulta por correo electrónico a [prmp-peg@salud.pr.gov](mailto:prmp-peg@salud.pr.gov).

Cordialmente,

Unidad de Inscripción de Proveedores de Medicaid  
Programa Medicaid de Puerto Rico



**NÚMERO DE RASTREO DE SOLICITUD:** Mantenga su ATN guardado en un lugar seguro donde podrás encontrarlo. Va a utilizar este número para reanudar su inscripción y registrarse en el sitio web de Comunicaciones Seguras.

Asegúrese de verificar si el correo electrónico de registro fue enviado a su carpeta de correo no deseada (en inglés, "junk mail folder").

Si no toma acción con su solicitud en un periodo de 30 días, su solicitud se expirará. Recibirá la notificación de que su solicitud se expiró a través de la dirección de correo electrónico registrada.

Ejemplo de notificación de una solicitud de nueva inscripción expirada:

Notificación de vencimiento ATN: 4649509725



prmmis-securityaccessrequest@gainwelltechnologies.com  
To

Estimado Proveedor:

Su Solicitud de Inscripción de Proveedores de Medicaid de Puerto Rico bajo el Número de Rastreo de Solicitud (ATN) 4649509725, expirará si no toma medidas correctivas antes del 25/01/2024. Si todavía continúa interesado en inscribirse, debe completar y enviar su solicitud en el Portal de Inscripción de Proveedores de Medicaid Puerto Rico dentro de los próximos 19 días calendario, utilizando el siguiente enlace.

<https://pr.sit.hppcloud.com/ProviderEnrollment/EnrollmentResume/>

Tome en cuenta que una vez venza su ATN, no podrá reanudar su solicitud de inscripción vencida y deberá comenzar una nueva.

Si tiene preguntas sobre este aviso o sobre su inscripción en el Programa Medicaid de Puerto Rico, comuníquese con la Unidad de Inscripción de Proveedores de Medicaid en (787) 641-4200 entre 8:00 a.m. y 5:00 p.m. Hora Estándar del Atlántico, de lunes a viernes. También puede enviar su consulta por correo electrónico a [prmmis-securityaccessrequest@gainwelltechnologies.com](mailto:prmmis-securityaccessrequest@gainwelltechnologies.com).

Cordialmente,

Unidad de Inscripción de Proveedores de Medicaid  
Programa Medicaid de Puerto Rico

4. Haga clic en **Aceptar** en la ventana observada para comenzar el proceso de inscripción. Observará una solicitud de nueva inscripción, con el ATN de la inscripción mostrado en la parte superior de la pantalla.

Número de seguimiento: 4643531754 ?

Información Requerida

Campos requeridos ( \* )

Información Inicial de Inscripción

\* Tipo de Inscripc... ? \* Tipo de Proveedor ? \* Fecha ... ?  
Seleccione un valor Seleccione un valor 18/10/2023



**PASOS DE INSCRIPCIÓN:** La **Sección 3** de esta Guía contiene una visión general de todos los posibles pasos de inscripción. Aguante la tecla de CTRL y haga clic [AQUÍ](#) para ir a la **Sección 3**.

Para ver los pasos del proceso de inscripción en más detalle, incluyendo imágenes de cada página de la solicitud y los requisitos específicos para su Tipo de Inscripción y Proveedor, refiérase a la **Guía de Inscripción – Portal de Inscripción de Proveedores (PEP)** de su Tipo de Inscripción.

## 2.2 Administrar la Contraseña

En la sección de **Administrar la Contraseña de PEP**, tiene la opción de restablecer la contraseña de su solicitud.

### Referencia Rápida – Administrar la Contraseña

Tabla 3 – Administrar la Contraseña

Paso	Tarea	Acción	Resultado
Comience en la página de Inicio de PEP.			
1	Acceder a la página de Restablecer Contraseña.	Haga clic en Menú, luego Inscripción Proveedor, luego Administrar Contraseña.	Observará la página de Restablecer Contraseña.
2	Añadir credenciales para restablecer contraseña.	Añada su ATN, contraseña actual y la nueva contraseña en los campos correspondientes.	Los requisitos para restablecer contraseña son cumplidos.
3	Restablecer contraseña.	Haga clic en Enviar para guardar la nueva contraseña.	a) Contraseña se restablece. b) Un correo electrónico se envía a la dirección de correo electrónico registrada, reconociendo el restablecimiento de contraseña.

### Pasos Detallados

1. En el listado desplegable de Inscripción Proveedor, seleccione **Administrar Contraseña**.





2. Observará la página de Restablecer la contraseña. Añada su Número de Rastreo de Solicitud (ATN), su contraseña existente y su nueva contraseña en los campos correspondientes.

## Cambiar la contraseña

Campos requeridos ( \* )

Ingrese su Número de Rastreo y Contraseña que utilizó en la Solicitud de Inscripción de Proveedor, para verificar el estatus actual de la misma.

Si tiene preguntas o inquietudes, comuníquese con el Equipo de Inscripción de Proveedores [prmp-pep@salud.pr.gov](mailto:prmp-pep@salud.pr.gov)

\* Número de segui... ?

\* Introduzca su con... ?

¿Olvidó su contraseña?

Limpiar

GENERAR CODIGO DE AUTENTICIDAD

### Añada el Código de Autenticación

#### AUTENTICACION

Campos requeridos ( \* )

Para verificar su cuenta, un código único de autenticación ha sido enviado a la dirección de correo electrónico asociado con su cuenta. Favor de ingresar el código y presione enviar.

\* Código de Autenticación ?

Enviar un código nuevo

CANCELAR ENVIAR

Añada y confirme la nueva contraseña

INSCRIPCIÓN PROVEEDOR

Administrar Contraseña

### Cambiar la contraseña

Campos requeridos ( \* )

\* Nueva contraseña ?

\* Confirmar nueva ... ?

Limpiar

Enviar



**CONTRASEÑA DE INSCRIPCIÓN:** Si no se acuerda de la contraseña que creó cuando registró su solicitud de nueva inscripción, verifique el correo electrónico enviado por el sistema que contiene su ATN. Este correo electrónico contiene una pista de su contraseña (primer y último carácter, y el largo de la contraseña).

Nueva Inscripción Notificación de Registro

PS

prmmis-securityaccessrequest@gainwelltechnologies.com

To

Estimado Proveedor:

¡Felicidades! Se ha registrado con éxito para comenzar el proceso de inscripción como proveedor con el Programa Medicaid de Puerto Rico (PRMP). A continuación, le indicamos el número de rastreo único asociado a su solicitud de inscripción. Tome nota de su número de rastreo y contraseña. Si aún no ha completado su solicitud de inscripción, esta solicitud seguirá siendo válida durante treinta (30) días calendario a partir de la última vez que la actualizó. De no ocurrir actividad dentro de treinta (30) días calendario, la solicitud de inscripción se eliminará y el proceso de inscripción deberá iniciarse nuevamente.

Número de rastreo: 4643531754  
Contraseña: 1\*\*\*\*\*3

Para reanudar su inscripción parcial, acceda al enlace a continuación e ingrese el número de rastreo de su solicitud de inscripción y la contraseña que ingresó durante el proceso de registro. Recuerde que cada solicitud de proveedor tiene un número de rastreo único y debe completarse individualmente.

<https://pr.cfg.hppcloud.com/ProviderEnrollment/EnrollmentResume/>

De no encontrar su ATN, contacte a un miembro del Equipo de Proveedores a través de un correo electrónico o llame al centro de apoyo.



Si la pista no es suficiente para acordarle de su contraseña, Haga clic en el enlace de **¿Olvidó su contraseña?** localizado en la parte inferior de la sección.

### Cambiar la contraseña

Campos requeridos ( \* )

Ingrese su Número de Rastreo y Contraseña que utilizó en la Solicitud de Inscripción de Proveedor, para verificar el estatus actual de la misma.

Si tiene preguntas o inquietudes, comuníquese con el Equipo de Inscripción de Proveedores [prmo-pep@salud.pr.gov](mailto:prmo-pep@salud.pr.gov)

\* Número de segui... ?

\* Introduzca su con... ?

**¿Olvidó su contraseña?**

Añada su ATN en la ventana nueva para generar una Contraseña de Un Solo Uso (conocida como OTP por sus siglas en inglés).

### Generar OTP

Campos requeridos ( \* )

\* Número de ... ?

A pop-up window appears alerting you that a one-time password has been sent to your email.

### RESTABLECER CONTRASEÑA OTP

Su OTP ha sido enviada a la dirección de correo electrónico registrada para ATN 4643531754 . Revise su correo electrónico e ingrese de inmediato la OTP antes de salir de la aplicación.

3. Haga clic en **GUARDAR** en la parte inferior derecha para guardar la nueva contraseña.

Restablecer la contraseña

Campos requeridos ( \* )

\* Número de ... ?  
4643531754 Generar OTP

\* Ingrese una... ?  
[Campo de texto]

\* Nueva contr... ?  
[Campo de texto]

\* Confirmar n... ?  
[Campo de texto]

Limpiar Guardar

Una vez la nueva contraseña es enviada:

- a. Se restablece la contraseña de la solicitud de inscripción.

RESTABLECER LA CONTRASEÑA

Su contraseña se ha restablecido correctamente.

Aceptar

- b. Se envía un correo electrónico a la dirección de correo electrónico registrada, reconociendo el restablecimiento de la contraseña.

### Nueva Inscripción Restablecer Contraseña



prmmis-securityaccessrequest@gainwelltechnologies.com  
To

Estimado Proveedor:

Ha restablecido con éxito la contraseña de su solicitud de inscripción de proveedor para el número de rastreo. Su número de rastreo y la nueva contraseña asociada a su solicitud de inscripción se enumeran a continuación.

Número de Rastreo de Solicitud: 4643531754

Contraseña: 1\*\*\*\*\*3

Para reanudar su inscripción parcial, acceda al enlace a continuación e ingrese el número de rastreo de su solicitud de inscripción y la contraseña nueva.

Reanude su inscripción en <https://pr.cfg.hppcloud.com/ProviderEnrollment/EnrollmentResume/>

Si tiene preguntas sobre este aviso o sobre su inscripción en el Programa Medicaid de Puerto Rico, comuníquese con la Unidad de Inscripción de Proveedores de Medicaid en (787) 641-4200 entre 8:00 a.m. y 5:00 p.m. Hora Estándar del Atlántico, de lunes a viernes. También puede enviar su consulta por correo electrónico a [prmp-pep@salud.pr.gov](mailto:prmp-pep@salud.pr.gov).

Cordialmente,

Unidad de Inscripción de Proveedores de Medicaid  
Programa Medicaid de Puerto Rico

## 2.3 Administrar Correo Electrónico

En la sección **Administrar correo electrónico** del PEP, tiene la opción de cambiar su correo electrónico de registro en cualquier momento antes o después de enviar la solicitud de inscripción del PEP.

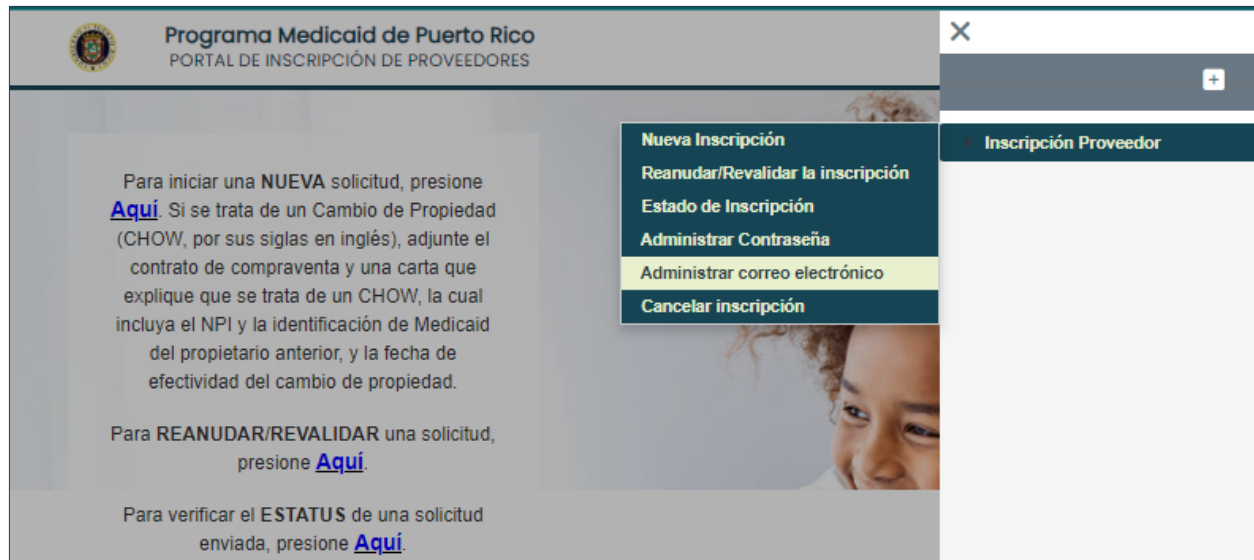
### Referencia Rápida – Administrar Correo Electrónico

Tabla 4 – Administrar Correo Electrónico

Paso	Tarea	Acción	Resultado
Comience en la página de Inicio de PEP.			
1	Acceder a la página de Administrar correo electrónico.	Haga clic en Menú, luego Inscripción Proveedor, luego Administrar correo electrónico.	Observará la página de Cambiar correo electrónico.
2	Añadir credenciales para restablecer correo electrónico de inscripción.	Añada su ATN y contraseña en los campos correspondientes a) Añada pasos para Facilidades y Grupos b) Añada pasos para Individuales	Los requisitos para cambiar correo electrónico son cumplidos.
3	Restablecer correo electrónico de inscripción.	Haga clic en Enviar para guardar el nuevo correo electrónico de inscripción.	correo electrónico se restablece.

### Pasos Detallados

1. Haga clic en Menú, luego Inscripción Proveedor, luego **Administrar correo electrónico**.



- Añada su **ATN** y **Contraseña** en los campos correspondientes, luego haga clic en **PRÓXIMO** para cambiar su correo electrónico de inscripción.

### Cambiar correo electrónico

Campos requeridos ( \* )

Ingrese el número de rastreo de la solicitud y la contraseña que se utilizó en la solicitud de inscripción de proveedor para actualizar su dirección de correo electrónico. Nota: La dirección de correo electrónico puede ser cambiada en cualquier momento mientras completa o después de enviar la solicitud.

Si olvidó su contraseña, haga clic en encasillado de verificación "Olvidé mi contraseña" para continuar sin su contraseña.

\* Número de segui... ?

\* Contraseña ?

☐ Olvidé mi contraseña ?

Para inscripciones de Facilidades o Grupos que han olvidado la contraseña de inicio de sesión, haga clic en la casilla de verificación **Olvidé mi contraseña**.

### Cambiar correo electrónico

Campos requeridos ( \* )

Ingrese el número de rastreo de la solicitud y la contraseña que se utilizó en la solicitud de inscripción de proveedor para actualizar su dirección de correo electrónico. Nota: La dirección de correo electrónico puede ser cambiada en cualquier momento mientras completa o después de enviar la solicitud.

Si olvidó su contraseña, haga clic en encasillado de verificación "Olvidé mi contraseña" para continuar sin su contraseña.

\* Número de segui... ?

Contraseña ?

☒ Olvidé mi contraseña ?

Luego ingrese el **Nombre del Negocio** y los **últimos 4 dígitos de la identificación fiscal** y luego haga clic en **PRÓXIMO**.

mié. may. 3, 7:38 a. m.

Programa Medicaid de Puerto Rico  
Portal de Inscripción de Proveedores

PRMP Contáctenos

**Inscripción Proveedor** **Administrar correo electrónico**

**Cambiar correo electrónico**

Campos requeridos ( \* )

\* Nombre del Negocio

\* Número de identificación fiscal (últimos 4 dígitos)

LIMPIAR ANTERIOR **PRÓXIMO**

- a) Para las inscripciones de Individuales o Propietario Único que han olvidado la contraseña de inicio de sesión, haga clic en la casilla de verificación **Olvidé mi contraseña** y luego en **PRÓXIMO**.

**Cambiar correo electrónico**

Campos requeridos ( \* )

Ingrese el número de rastreo de la solicitud y la contraseña que se utilizó en la solicitud de inscripción de proveedor para actualizar su dirección de correo electrónico. Nota: La dirección de correo electrónico puede ser cambiada en cualquier momento mientras completa o después de enviar la solicitud.

Si olvidó su contraseña, haga clic en encasillado de verificación "Olvidé mi contraseña" para continuar sin su contraseña.

\* Número de seguimiento

\* Contraseña

☐ Olvidé mi contraseña

Cancelar Próximo



Luego ingrese los últimos 4 dígitos de su SSN y fecha de nacimiento y luego haga clic en **PRÓXIMO**.

Programa Medicaid de Puerto Rico  
Portal de Inscripción de Proveedores

jue. may. 4, 6:54 a. m.

PRMP | Contáctenos

**Inscripción Proveedor** | **Administrar correo electrónico**

**Cambiar correo electrónico**

Campos requeridos ( \* )

\* SSN (Ultimos 4 dígitos) ?

\* Fecha de Nacimiento ?

LIMPIAR ANTERIOR **PRÓXIMO**

Haga clic en **Enviar** para guardar el nuevo correo electrónico de inscripción.

Programa Medicaid de Puerto Rico  
Portal de Inscripción de Proveedores

jue. may. 4, 6:59 a. m.

PRMP | Contáctenos

**Inscripción Proveedor** | **Administrar correo electrónico**

**Cambiar correo electrónico**

Campos requeridos ( \* )

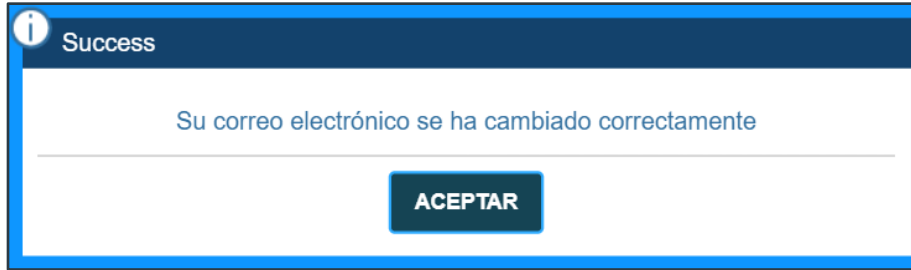
\* Nuevo Email ?

\* confirme nuevo correo electrónico ?

LIMPIAR CANCELAR **ENVIAR**

Una vez el nuevo correo electrónico es enviado:

Aparecerá un mensaje de confirmación de que su correo electrónico se ha cambiado con éxito.



## 2.4 Cancelar una Inscripción

Puede cancelar una solicitud de inscripción que esté parcialmente completada a través del Menú de PEP. Esto le permite comenzar una nueva solicitud para su proveedor si la que había comenzado a completar contiene un error, tal como un Tipo de Inscripción o Proveedor incorrecto que no puede modificar.

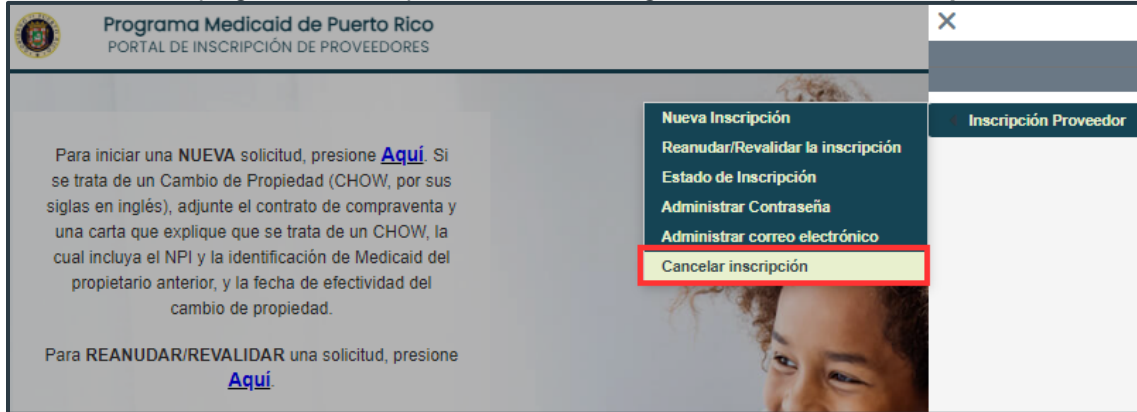
### Referencia Rápida – Cancelar una Inscripción

Tabla 5 – Cancelar una Inscripción

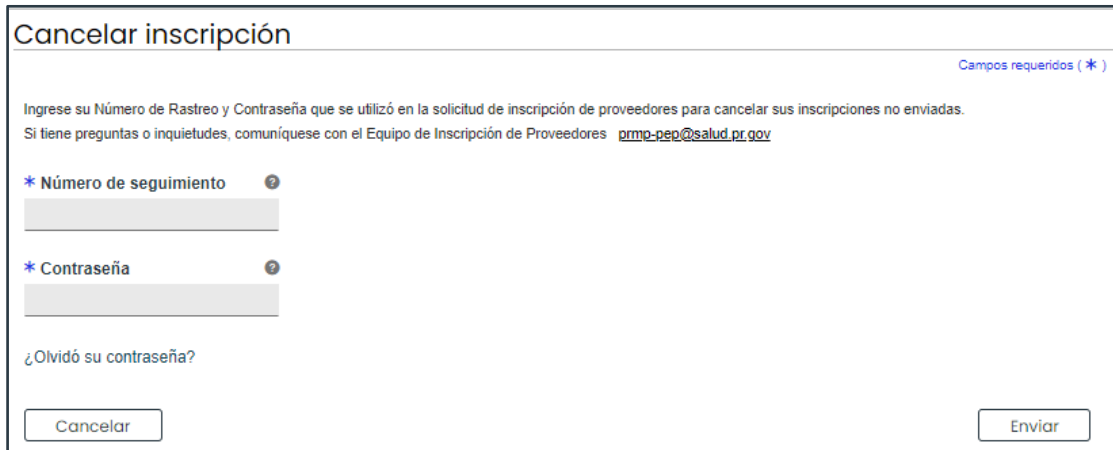
Paso	Tarea	Acción	Resultado
Comience en la página de Inicio de PEP.			
1	Acceder a la página de Estado de Inscripción.	Haga clic en Menú, luego Inscripción Proveedor, y luego Cancelar inscripción.	Se muestra la página de Cancelar inscripción.
2	Añadir credenciales de inscripción.	Añada su Número de Rastreo de Solicitud (ATN) y contraseña de inscripción, luego haga clic en Enviar.	Se cancela la inscripción señalada.

### Pasos Detallados

1. En el listado desplegable de Inscripción Proveedor, haga clic en **Cancelar inscripción**.

The screenshot shows the 'Programa Medicaid de Puerto Rico' portal. On the right, a dropdown menu for 'Inscripción Proveedor' is open, displaying options: 'Nueva Inscripción', 'Reanudar/Revalidar la inscripción', 'Estado de Inscripción', 'Administrar Contraseña', 'Administrar correo electrónico', and 'Cancelar inscripción'. The 'Cancelar inscripción' option is highlighted with a red rectangular box. The main content area on the left provides instructions for new and returning providers.

2. Observará la página de Cancelar inscripción. Añada el Número de Rastreo de la Solicitud (ATN) y la contraseña creada durante el registro de su inscripción en los campos correspondientes.

The screenshot shows the 'Cancelar inscripción' page. It includes a header with the title and a link for required fields. The main text instructs the user to enter their tracking number and password. There are two input fields: '\* Número de seguimiento' and '\* Contraseña', both marked as required. A link for '¿Olvidó su contraseña?' is provided. At the bottom, there are 'Cancelar' and 'Enviar' buttons.



**¿OLVIDÓ SU CONTRASEÑA?:** Para ver los pasos discutidos en la **Sección 2.2** para una contraseña de inscripción que sea olvidada, aguante la tecla CTRL y haga clic en [AQUÍ](#).

Una vez todos los campos requeridos hayan sido completados, haga clic en **Enviar**.

### Cancelar inscripción

Campos requeridos ( \* )

Ingrese su Número de Rastreo y Contraseña que se utilizó en la solicitud de inscripción de proveedores para cancelar sus inscripciones no enviadas.  
Si tiene preguntas o inquietudes, comuníquese con el Equipo de Inscripción de Proveedores [prmp-pep@salud.pr.gov](mailto:prmp-pep@salud.pr.gov)

\* Número de seguimiento ?

\* Contraseña ?

[¿Olvidó su contraseña?](#)

Se confirmará la cancelación de su inscripción en la próxima página.

### ! CANCELAR CONFIRMACIÓN DE INSCRIPCIÓN

¿Está seguro de que desea cancelar su inscripción?

Aparecerá su mensaje de confirmación de cancelación de inscripción.

### i CANCELAR INSCRIPCIÓN

Su solicitud de inscripción se canceló con éxito.

## 2.5 Reanudar

La opción de Reanudar/Revalidar le permite completar una solicitud que aún no ha sido enviada, editar una solicitud devuelta

Puede reanudar una solicitud de inscripción parcialmente completada a través del menú PEP. Esto le permite continuar con el proceso de inscripción para una solicitud parcialmente completada. La opción Reanudar le permite completar una solicitud que aún no se ha enviado, o editar una solicitud devuelta.

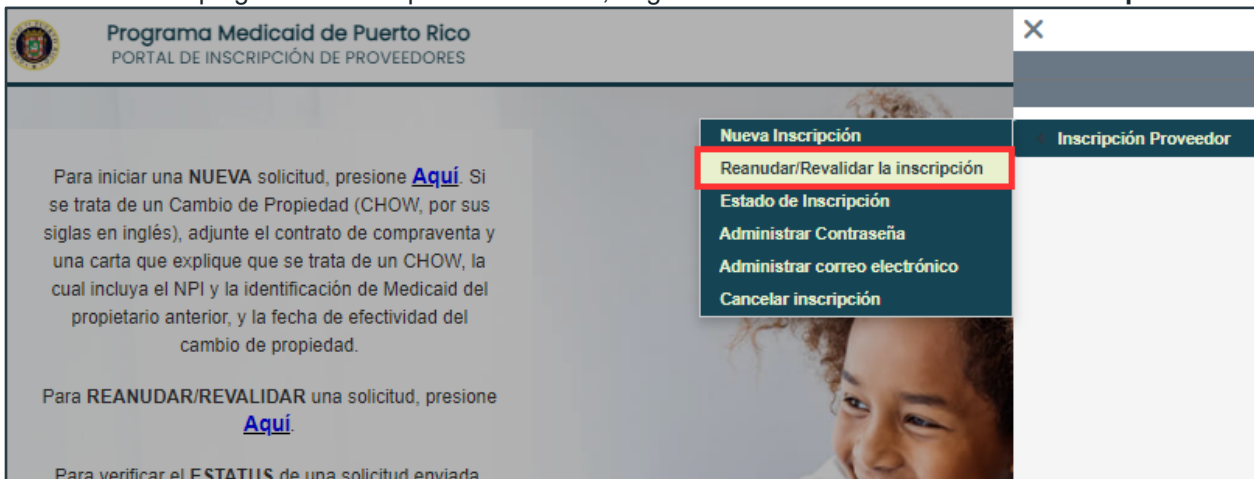
### Referencia Rápida – Reanudar

Table 6 – Reanudar

Paso	Tarea	Acción	Resultado
<u>Comience en la página de Inicio de PEP.</u>			
1	Acceder a la página de Reanudar/Revalidar la Inscripción.	Haga clic en Menú, luego Inscripción Proveedor, y luego Reanudar/Revalidar la inscripción.	Observará la página de Reanudar/Revalidar la inscripción.
2	Añadir las credenciales de la inscripción.	Añada su Número de Rastreo de Solicitud y su contraseña de inscripción.	Las credenciales para reanudar/revalidar la inscripción son añadidas.
3	Enviar las credenciales para Reanudar/Revalidar la inscripción.	Haga clic en Reanudar en la parte inferior de la página.	Se observará la solicitud correspondiente. Reanudar inscripción: se observará la inscripción para poder continuar.

### Pasos Detallados

- En el listado desplegable de Inscripción Proveedor, haga clic en **Reanudar/Revalidar la Inscripción**.



2. En los campos indicados, añada su **Número de Rastreo** de Solicitud (ATN) y la **contraseña** creada durante el registro de su inscripción. Haga clic en **GENERAR CODIGO DE AUTENTICIDAD**

**Reanudar/Revalidar la inscripción**

Campos requeridos ( \* )

Ingrese su número de rastreo y contraseña asignados para reanudar / revalidar la inscripción.

\* Número de seguimiento ?

\* Contraseña ?

¿Olvidó su contraseña?

Cancelar

GENERAR CODIGO DE AUTENTICIDAD



**CONTRASEÑA DE INSCRIPCIÓN OLVIDADA:** Para ver los pasos discutidos en la **Sección 2.2** para una contraseña de inscripción olvidada, mantenga presionado el botón CTRL y haga clic [AQUI](#). Si está reanudando una solicitud de inscripción: Aparece la solicitud parcialmente completada, comenzando con el último paso que completó. Puede continuar completando la solicitud.

Haga clic en **ACEPTAR** para confirmar el envío una vez que se hayan completado todos los campos obligatorios.

**AUTENTICACION**

Se ha enviado un nuevo código de autenticación al

Aceptar

Añada el Código de Autenticación.

**AUTENTICACION**

Campos requeridos ( \* )

Para verificar su cuenta, se ha enviado un código de autenticación único a la dirección de correo electrónico asociada con su cuenta. Favor de Ingrese el código y haga clic en Enviar

\* Código de Autenticación ?

Enviar un código nuevo

Cancelar

Enviar

La confirmación de su solicitud de inscripción se mostrará en la página siguiente. Reanude inscripción.

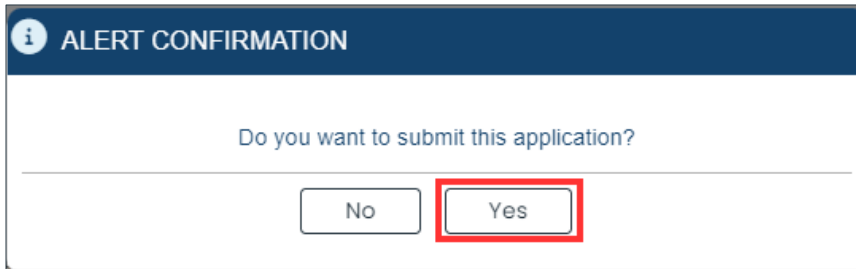


**PASOS DE INSCRIPCIÓN 3** de esta Guía de referencia contiene una descripción general de todos los pasos de inscripción. Mantenga presionado el botón CTRL y haga clic en [AQUI](#) para ver la **Sección 3**.

Para ver los pasos del proceso de inscripción con mayor detalle, incluidas imágenes de cada paso y requisitos para su inscripción específica y tipo de proveedor, consulte la Guía de referencia de pasos de inscripción del Portal de inscripción de proveedores (PEP) para su tipo de inscripción.

**NOTA:** La información de Medicare ya no se recopila y el Panel de Medicare ya no se mostrará

Haga clic en **SÍ** para confirmar el envío una vez que se hayan completado todos los campos obligatorios.



La confirmación de su solicitud de inscripción se observará en la página siguiente.

PROVIDER ENROLLMENT

Submit

Print

?

### Submit Confirmation

Congratulations! You have successfully submitted your provider enrollment application. Please reference the tracking number below for all inquiries related to this application.

As a reminder, the PEP will email you important notifications that may require your immediate attention **as they may have due dates**. Please ensure that you check your spam/junk folder and mark [PRMP-PEP@salud.pr.gov](mailto:PRMP-PEP@salud.pr.gov) as a safe sender. If you are not receiving email from this address and do not find them in your spam/junk folder, please contact your administration to research the issue.

Tracking Number      **2441868976**

Provider Enrollment Team  
[prmp-pep@salud.pr.gov](mailto:prmp-pep@salud.pr.gov)  
Contact number: (787) 641-4200



## 2.6 Revalidar una Inscripción

El proceso de revalidación de proveedores de PRMMIS comienza 100 días antes de la fecha de vencimiento del acuerdo de Medicaid de un proveedor activo. Se crea un nuevo ATN de revalidación para que el proveedor inicie sesión en su aplicación de revalidación en PEP. El ATN y la contraseña de revalidación están disponibles en la bandeja de entrada de PSC.

Cada ubicación de servicio activa deberá completar la revalidación de forma independiente y recibirá un ATN y una contraseña por separado para cada ubicación de servicio. Una vez que se inicia el proceso de revalidación para un MCD, PSC bloqueará los cambios demográficos del proveedor durante el tiempo que un proveedor esté en revalidación.

Se requiere una revalidación cada 5 años para los médicos. Las personas que no sean médicos con fecha de entrada en vigor del acuerdo de Medicaid antes del 1 de enero de 2023 deberán revalidar en 4 años. La fecha de entrada en vigor del acuerdo de Medicaid para personas que no sean médicos después del 1 de enero de 2023 deberá revalidarse cada 3 años.

### Referencia Rápida – Estado de Inscripción

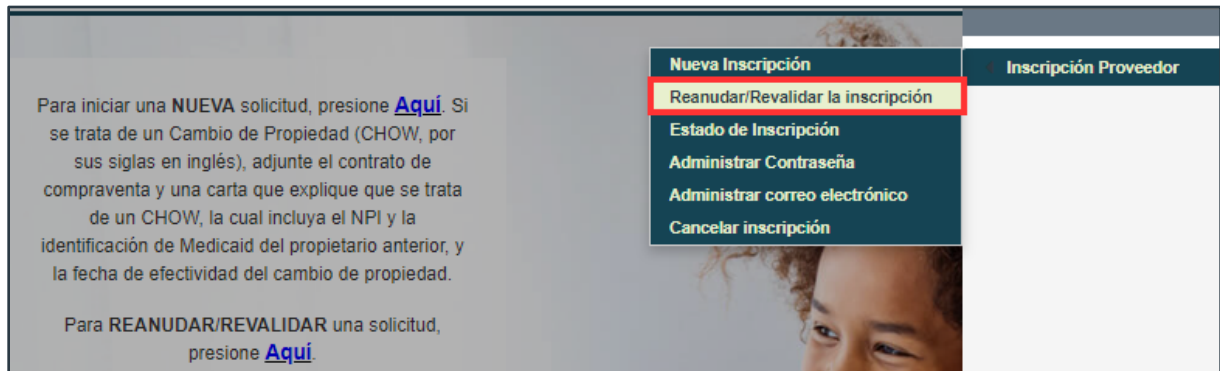
Tabla 7 – Reanudar/Revalidar una Inscripción

Paso	Tarea	Acción	Resultado
Comience en la página de Inicio de PEP.			
1	Accede Revalidación ATN y contraseña temporal desde PSC	Añada la ATN de revalidación y la contraseña temporal de PSC en la opción de menú 'Mensajes'	Las credenciales para reanudar/revalidar la inscripción son
2	Acceder a la página de Reanudar/Revalidar la Inscripción.	Haga clic en Menú, luego Inscripción Proveedor, y luego Reanudar/Revalidar la inscripción.	Observará la página de Reanudar/Revalidar la inscripción.
3	Añadir las credenciales de la inscripción.	Añada su Número de Rastreo de Solicitud y su contraseña de inscripción.	Las credenciales para reanudar/revalidar la inscripción son añadidas.
4	Enviar las credenciales para Reanudar/Revalidar la inscripción.	Haga clic en Reanudar en la parte inferior de la página.	Se observará la solicitud correspondiente. Revalidar inscripción: se observará una nueva solicitud de revalidación.

### Pasos Detallados

1. Accede Revalidation ATN y contraseña temporal desde PSC en la opción de menú 'Mensajes'

2. En el listado desplegable, haga clic en **Reanudar/Revalidar la inscripción**.



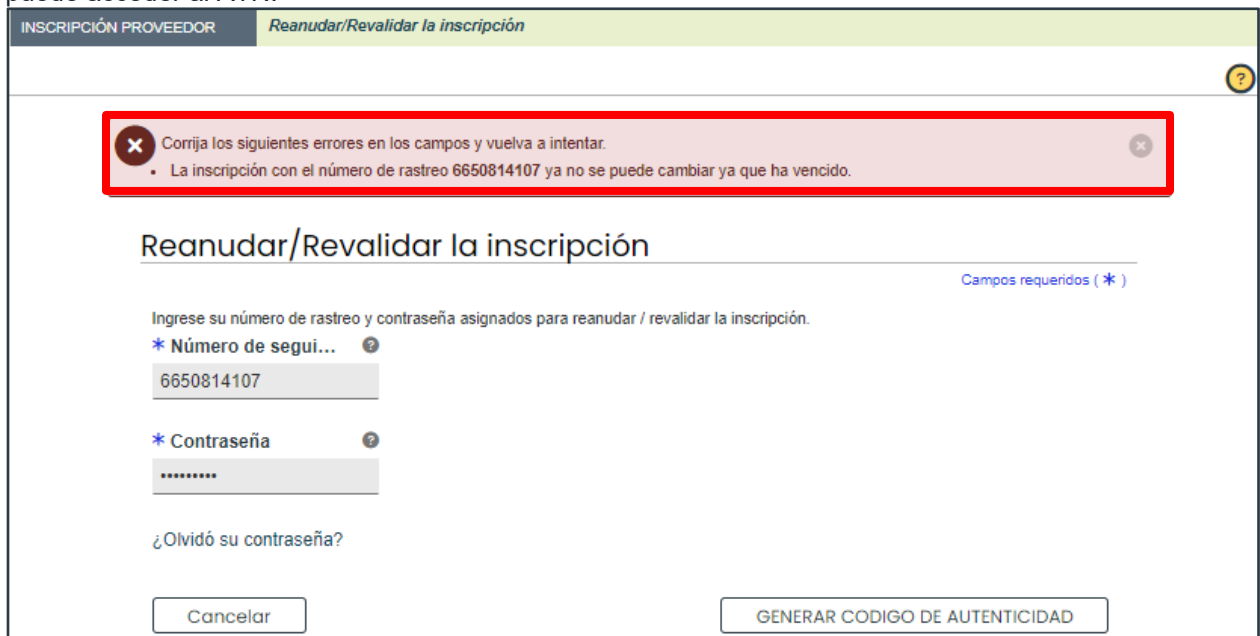
Para iniciar una **NUEVA** solicitud, presione [Aquí](#). Si se trata de un Cambio de Propiedad (CHOW, por sus siglas en inglés), adjunte el contrato de compraventa y una carta que explique que se trata de un CHOW, la cual incluya el NPI y la identificación de Medicaid del propietario anterior, y la fecha de efectividad del cambio de propiedad.

Para **REANUDAR/REVALIDAR** una solicitud, presione [Aquí](#).

- Nueva Inscripción
- Reanudar/Revalidar la inscripción**
- Estado de Inscripción
- Administrar Contraseña
- Administrar correo electrónico
- Cancelar inscripción

Inscripción Proveedor

3. Añada una sección sobre el mensaje de error que se muestra a un proveedor terminado o si ya no se puede acceder al ATN.



INSCRIPCIÓN PROVEEDOR **Reanudar/Revalidar la inscripción**

Corrija los siguientes errores en los campos y vuelva a intentar.

- La inscripción con el número de rastreo 6650814107 ya no se puede cambiar ya que ha vencido.

### Reanudar/Revalidar la inscripción

[Campos requeridos \( \\* \)](#)

Ingrese su número de rastreo y contraseña asignados para reanudar / revalidar la inscripción.

\* Número de segui... [?](#)

6650814107

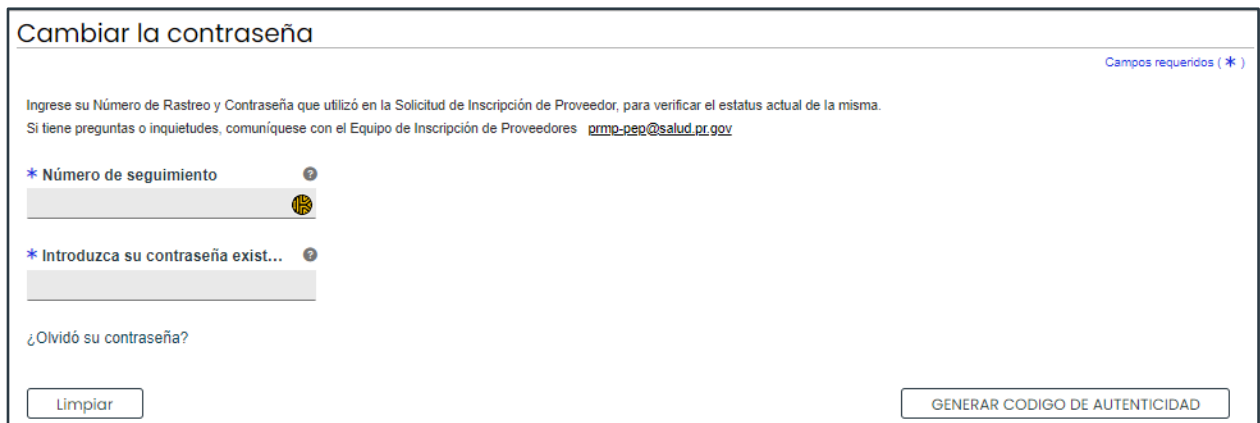
\* Contraseña [?](#)

.....

[¿Olvidó su contraseña?](#)

[Cancelar](#) [GENERAR CODIGO DE AUTENTICIDAD](#)

4. Todos los proveedores por defecto tendrán que hacer este paso la primera vez, acceden a su aplicación de revalidación.



### Cambiar la contraseña

[Campos requeridos \( \\* \)](#)

Ingrese su Número de Rastreo y Contraseña que utilizó en la Solicitud de Inscripción de Proveedor, para verificar el estatus actual de la misma.

Si tiene preguntas o inquietudes, comuníquese con el Equipo de Inscripción de Proveedores [pmp-pep@salud.pr.gov](mailto:pmp-pep@salud.pr.gov)

\* Número de seguimiento [?](#)

.....

\* Introduzca su contraseña exist... [?](#)

.....

[¿Olvidó su contraseña?](#)

[Limpiar](#) [GENERAR CODIGO DE AUTENTICIDAD](#)

5. En los campos indicados, añada su Número de Rastreo de Solicitud (ATN) y la contraseña creada durante el registro de su inscripción. Si es una revalidación, un ATN y una contraseña serán provistos en su notificación de revalidación. Haga clic en **GENERAR CODIGO DE AUTENCIDAD**.

### Cambiar la contraseña

Campos requeridos ( \* )

Ingrese su Número de Rastreo y Contraseña que utilizó en la Solicitud de Inscripción de Proveedor, para verificar el estatus actual de la misma.  
Si tiene preguntas o inquietudes, comuníquese con el Equipo de Inscripción de Proveedores [prmo-ppp@salud.pr.gov](mailto:prmo-ppp@salud.pr.gov)

\* Número de seguimiento ?

\* Introduzca su contraseña exist... ?

[¿Olvidó su contraseña?](#)



**¿OLVIDÓ SU CONTRASEÑA?:** Para ver los pasos discutidos en la **Sección 2.2** para una contraseña de inscripción que sea olvidada, aguante la tecla CTRL y haga clic en [AQUÍ](#).

Haga clic en **ACEPTAR** para confirmar el envío una vez que se hayan completado todos los campos obligatorios.

### AUTENTICACION

Se ha enviado un nuevo código de autenticación al  
lau\*\*\*\*\*@gainwelltechnologies.com.

Añada el Código de Autenticación.

### AUTENTICACION

Campos requeridos ( \* )

Para verificar su cuenta, un código único de autenticación ha sido enviado a la dirección de correo electrónico asociado con su cuenta. Favor de ingresar el código y presione enviar.

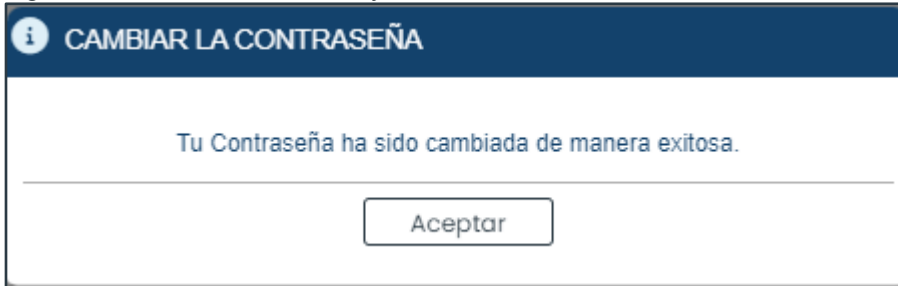
\* Código de Autenticación ?

[Enviar un código nuevo](#)



**NOTA:** Después de hacer clic en el botón Generar código de autenticación, deberá completar un proceso de autorización de dos factores para continuar con la página siguiente.

Ingresa una nueva contraseña y confírmela.



Una nueva página observa la solicitud de inscripción correspondiente.



- a. Si va a **revalidar una inscripción**: Observará la nueva solicitud de revalidación.

Las páginas de la solicitud son prellenadas con la siguiente información recopilada de la(s) inscripción(es) previa(s):

- Información General (paneles de Información Inicial de Inscripción e Información de Proveedores)
- Especialidades
- Direcciones (incluyendo Horas de Operación)
- Organización
- Asociaciones
- Acreditaciones
- Tipo de Proveedor
- Otro

La solicitud también muestra campos en gris que son llenadas con información de la solicitud previa.

Información Inicial de Inscripción	
* Tipo de Inscripción	* Tipo de Proveedor
Facilidad	Hospital General

**NOTA:** Estos campos son solo de lectura y no pueden ser modificados durante el proceso de revalidación. Si la modificación de estos campos es necesaria, contacte a servicio al cliente.

Campos de solo lectura pueden incluir:

- Tipo de inscripción
- Tipo de proveedor
- Fecha de nacimiento (de ser aplicable)
- Identificador Nacional de Proveedor o NPI
- Número de seguro social o SSN (de ser aplicable)
- Número Identificador de Empleado o EIN (de ser aplicable)
- Nombre legal
- Nombre de impuesto

Puede actualizar cualquier campo que no esté en gris (es decir, campos en blanco).

Repase cada página de la solicitud antes de enviarla para asegurar que todas las preguntas hayan sido contestadas y que cualquier información incorrecta haya sido actualizada.

b. Divulgaciones de inscripción de revalidación:

Cuando llegue a la página de Divulgación, verá los siguientes Formularios de divulgación en la columna Formulario de divulgación. La columna Estado mostrará la palabra **Nuevo**. Este es un **botón**, y el usuario debe hacer clic en él para finalizar la divulgación.

- Autodivulgación del proveedor
- Divulgación del subcontratista
- Propiedad e interés de control
- Gestión de Empleados
- Transacción de Negocios

La información de divulgación no se rellena previamente durante la revalidación y tendría que introducirse de nuevo durante la revalidación en PEP.

A continuación se muestra un ejemplo para ingresar información en la Divulgación de intereses de propiedad y control::

Detalles de Divulgación

DECLARACIÓN DE AVISO DE PRIVACIDAD

Esta declaración explica el uso y la divulgación de información sobre proveedores y la autoridad y los propósitos para los cuales se pueden solicitar y usar los números de identificación del contribuyente, incluidos los Números de Seguro Social (SSN) y las Fechas de Nacimiento (DOB).

Cualquier información proporcionada en relación con la inscripción del proveedor se utilizará para verificar la elegibilidad para participar como proveedor y para fines de la administración del Programa Medicaid de Puerto Rico (PRMP). Esta información también se utilizará para garantizar que no se realizarán pagos a los proveedores que están excluidos de la participación. También se puede proporcionar cualquier información a los Centros de Servicios de Medicare y Medicaid del CHHS de EE. UU., El Servicio de Impuestos Internos, la Oficina del Fiscal General de Puerto Rico, la Unidad de Control de Fraudes de Medicaid u otras agencias federales, estatales o lógicas, según corresponda.

Proporcionar esta información es obligatoria para poder inscribirse como proveedor con PRMP, de conformidad con la Ley 42 CFR § 455 y CFR § 438. El no enviar la información solicitada puede resultar en una denegación de la inscripción como proveedor o la denegación de la continuidad de la inscripción como proveedor y la desactivación de todos los números de proveedor utilizados por el proveedor para obtener fondos de Medicaid.

PROPIEDAD/CONTROL DE INTERÉS

La ley federal requiere que las personas y entidades con propiedad, control, administración o relación comercial presenten un formulario de divulgación separado para cada entidad o persona afiliada al proveedor. Para obtener más información sobre los requisitos federales de divulgación, consulte la Ley a 42 CFR, 455.100-106, 42 CFR 455.436 y 42 CFR §1002.3, y la Ley CFR,438.602.

Note que su lista de formularios de divulgación puede variar a los siguientes ejemplos, ya que los formularios requeridos se basan en las respuestas provistas a lo largo de su proceso de inscripción. Formularios de divulgación que no apliquen a su inscripción no serán mostrados en su lista.

FORMULARIOS DE DIVULGACIÓN

Todas las entidades y personas que se inscriben o revalidan con PRMP deben informar su divulgación de entidades. (Tenga en cuenta que esto no incluye a los proveedores que se inscriben como proveedores de ordenar, referir o prescribir (ORP)). Las posibles entidades de divulgación pueden ser: Una persona con propiedad directa o indirecta igual al 5% o más, una entidad que posee una participación del 5% o más en una hipoteca, escritura/fideicomiso, nota u otra obligación o un gerente, y/o un subcontratista.

Responda todas las preguntas. Si no cree que una pregunta es aplicable, seleccione una respuesta de "No". Si responde "Sí" a cualquier pregunta, proporcione la información adicional que se puede solicitar.

Formulario de Divulgación	Estado	Crear Nuevo
Auto Divulgación del Proveedor	Nuevo	CREAR NUEVO
Divulgación del Subcontratista	Nuevo	CREAR NUEVO
Propiedad y Control de Intereses	Nuevo	CREAR NUEVO
Administración de Empleados	Nuevo	CREAR NUEVO
Transacción de Negocios	Nuevo	CREAR NUEVO

CANCELAR

ANTERIOR

GUARDAR Y CONTINUAR

El subpanel Ver propiedad e interés de control se mostrará después de hacer clic en el botón Crear nuevo.

Agregar Propiedad y Control de Intereses

Una persona con un interés de propiedad o control significa una persona o corporación que tiene una participación directa o indirecta de un total de 5% o más en el proveedor, es un oficial o director de un proveedor organizado como una corporación o sin fines de lucro, o es un Socio en un proveedor organizado como una asociación.

Los proveedores deben completar un formulario para cada propietario o interés de control. Si ninguna persona cumple con los criterios, seleccione "No".

\* ¿Existe alguna entidad (individuo o corporación) que posea o controle una participación en la entidad divulgada como se ha descrito anteriormente?

☒ Sí

☐ No

\* 1. ¿Es esta entidad un individuo o una corporación?

☒ Individuo

☐ Corporación

\* Porcentaje de Interés

Título

\* Apellido(s) en su Tax ID/SSN

\* Primer Apellido

Versión 3.0

Página 35

Para uso del Sistema de Manejo de Información de Medicaid Puerto Rico, Departamento de Salud de Puerto Rico.  
Este documento no debe ser usado sin permiso escrito previo del Gobierno de Puerto Rico.

© 2024 Gainwell Technologies

Al hacer clic en el botón **CREAR NUEVO**, el panel se abrirá para el formulario de Interés de propiedad y control, ingresará toda la información requerida y hará clic en guardar. Todas las divulgaciones deberán completarse para pasar al siguiente paso de la solicitud.

**Agregar Propiedad y Control de Intereses**

Una persona con un interés de propiedad o control significa una persona o corporación que tiene una participación directa o indirecta de un total de 5% o más en el proveedor, es un oficial o director de un proveedor organizado como una corporación o sin fines de lucro, o es un Socio en un proveedor organizado como una asociación.

Los proveedores deben completar un formulario para cada propietario o interés de control. Si ninguna persona cumple con los criterios, seleccione "No".

\* ¿Existe alguna entidad (individuo o corporación) que posea o controle una participación en la entidad divulgada como se ha descrito anteriormente?

☒ Si ☐ No

\* 1. ¿Es esta entidad un individuo o una corporación?

☒ Individuo ☐ Corporación

\* Porcentaje de Interés

Título \* Apellido(s) en su Tax ID/SSN \* Primer Apellido \* Segundo Apellido

\* Nombre \* Segundo Nombre \* Sufijo \* SSN \* Fecha de Nacimiento

\* Dirección Línea1 \* Dirección Línea 2

\* Ciudad \* Estado \* País \* Código Postal

\* Dirección de Correo Electrónico \* Confirmar Dirección de Correo Electrónico

La divulgación para el interés de propiedad y control se marcará como completa y puede continuar con la inscripción.

**DECLARACIÓN DE AVISO DE PRIVACIDAD**

Esta declaración explica el uso y la divulgación de información sobre proveedores y la autoridad y los propósitos para los cuales se pueden solicitar y usar los números de identificación del contribuyente, incluidos los Números de Seguro Social (SSN) y las Fechas de Nacimiento (DOB).

Cualquier información proporcionada en relación con la inscripción del proveedor se utilizará para verificar la elegibilidad para participar como proveedor y para fines de la administración del Programa Medicaid de Puerto Rico (PRMP). Esta información también se utilizará para garantizar que no se realizarán pagos a los proveedores que están excluidos de la participación. También se puede proporcionar cualquier información a los Centros de Servicios de Medicare y Medicaid del DHHS de EE. UU., El Servicio de Impuestos Internos, la Oficina del Fiscal General de Puerto Rico, la Unidad de Control de Fraudes de Medicaid u otras agencias federales, estatales o local, según corresponda.

Proporcionar esta información es obligatoria para poder inscribirse como proveedor con PRMP, de conformidad con la Ley 42 CFR § 455 y CFR § 438. El no enviar la información solicitada puede resultar en una denegación de la inscripción como proveedor o la denegación de la continuidad de la inscripción como proveedor y la desactivación de todos los números de proveedor utilizados por el proveedor para obtener fondos de Medicaid.

**PROPIEDAD/CONTROL DE INTERÉS**

La ley federal requiere que las personas y entidades con propiedad, control, administración o relación comercial presenten un formulario de divulgación separado para cada entidad o persona afiliada al proveedor. Para obtener más información sobre los requisitos federales de divulgación, consulte la Ley 42 CFR, § 455.100-106, 42 CFR § 455.436 y 42 CFR § 1002.3, y la Ley CFR § 438.602 (b).

**FORMULARIOS DE DIVULGACIÓN**

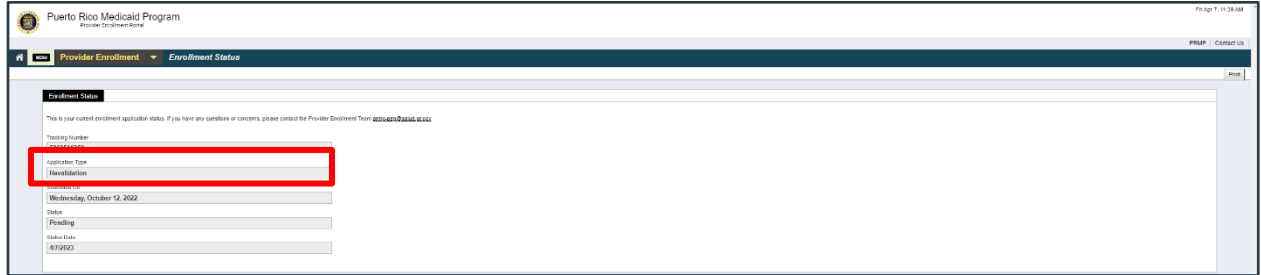
Todas las entidades y personas que se inscriben o revalidan con PRMP deben informar su divulgación de entidades. (Tenga en cuenta que esto no incluye a los proveedores que se inscriben como proveedores de ordenar, referir o prescribir (ORP)). Las posibles entidades de divulgación pueden ser: Una persona con propiedad directa o indirecta igual al 5% o más, una entidad que posee una participación del 5% o más en una hipoteca, escritura/fideicomiso, nota u otra obligación o un gerente, y/o un subcontratista.

Responda todas las preguntas. Si no cree que una pregunta es aplicable, seleccione una respuesta de "No". Si responde "Sí" a cualquier pregunta, proporcione la información adicional que se puede solicitar.

Formulario de Divulgación	Estado	Crear Nuevo
Auto Divulgación del Proveedor	Nuevo	CREAR NUEVO
Divulgación del Subcontratista	Completado	CREAR NUEVO
Propiedad y Control de Intereses	Terminado	CREAR NUEVO

Una vez que se complete cada sección, todas las divulgaciones se marcarán como completas. Podrá agregar archivos adjuntos y luego enviar la solicitud. Una vez que se envía, se envía un correo electrónico con esta información.

También puede ir a la opción de menú de estado de inscripción e ingresar el ATN y la contraseña para ver el estado de la inscripción de revalidación.



Puerto Rico Medicaid Program  
Provider Enrollment Portal

Enrollment Status

This is your current enrollment application status. If you have any questions or concerns, please contact the Provider Enrollment Team at [providers@pricaid.gov](mailto:providers@pricaid.gov).

Tracking Number: **00000000000000000000000000000000**

Application Type: **Revalidation**

Submitted On: Wednesday, October 12, 2022

Status: **Pending**

Status Code: **870003**



## 2.7 Estado de Inscripción

Una vez la solicitud de nueva inscripción haya sido enviada, puede verificar el estado de su solicitud a través del PEP.

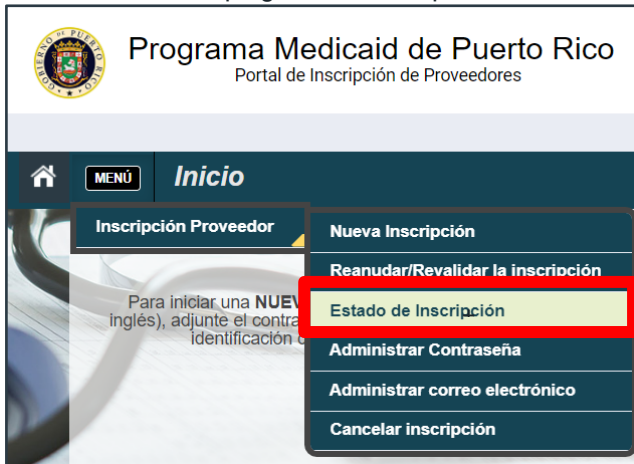
### Referencia Rápida – Estado de Inscripción

Tabla 8 – Estado de Inscripción

Paso	Tarea	Acción	Resultado
Comience en la página de Inicio de PEP.			
1	Acceder a la página de Estado de Inscripción.	Haga clic en Menú, luego Inscripción Proveedor, y luego Estado de Inscripción.	Se muestra la página de Estado de Inscripción.
2	Añadir credenciales de inscripción.	Añada su Número de Rastreo de Solicitud (ATN) y contraseña de inscripción, luego Haga clic en Enviar.	Se muestra el estado actual de su inscripción.

### Pasos Detallados

1. En el listado desplegable de Inscripción Proveedor, haga clic en **Estado de Inscripción**.



2. Observará la página de Estado de Inscripción. Añada el Número de Rastreo de la Solicitud (ATN) y la contraseña creada durante el registro de su inscripción en los campos correspondientes. Haga clic en **GENERAR CODIGO DE AUTENTICIDAD**



**¿OLVIDÓ SU CONTRASEÑA?:** Para ver los pasos discutidos en la **Sección 2.2** para una contraseña de inscripción que sea olvidada, aguante la tecla CTRL y haga clic en [AQUÍ](#).

Haga clic en **ACEPTAR** para confirmar el envío una vez que se hayan completado todos los campos obligatorios.

**AUTENTICACION**

Se ha enviado un nuevo código de autenticación a la dirección de correo electrónico registrada para esta cuenta.

ACEPTAR

Añada el Código de Autenticación.

**AUTENTICACION**

Campos requeridos ( \* )

Para verificar su cuenta, un código único de autenticación ha sido enviado a la dirección de correo electrónico asociado con su cuenta. Favor de ingresar el código y presione enviar.

\* Código de Autenticación

Enviar un código nuevo

CANCELAR

ENVIAR

Una vez todos los campos requeridos hayan sido completados, El estado de su inscripción se observará en la página.

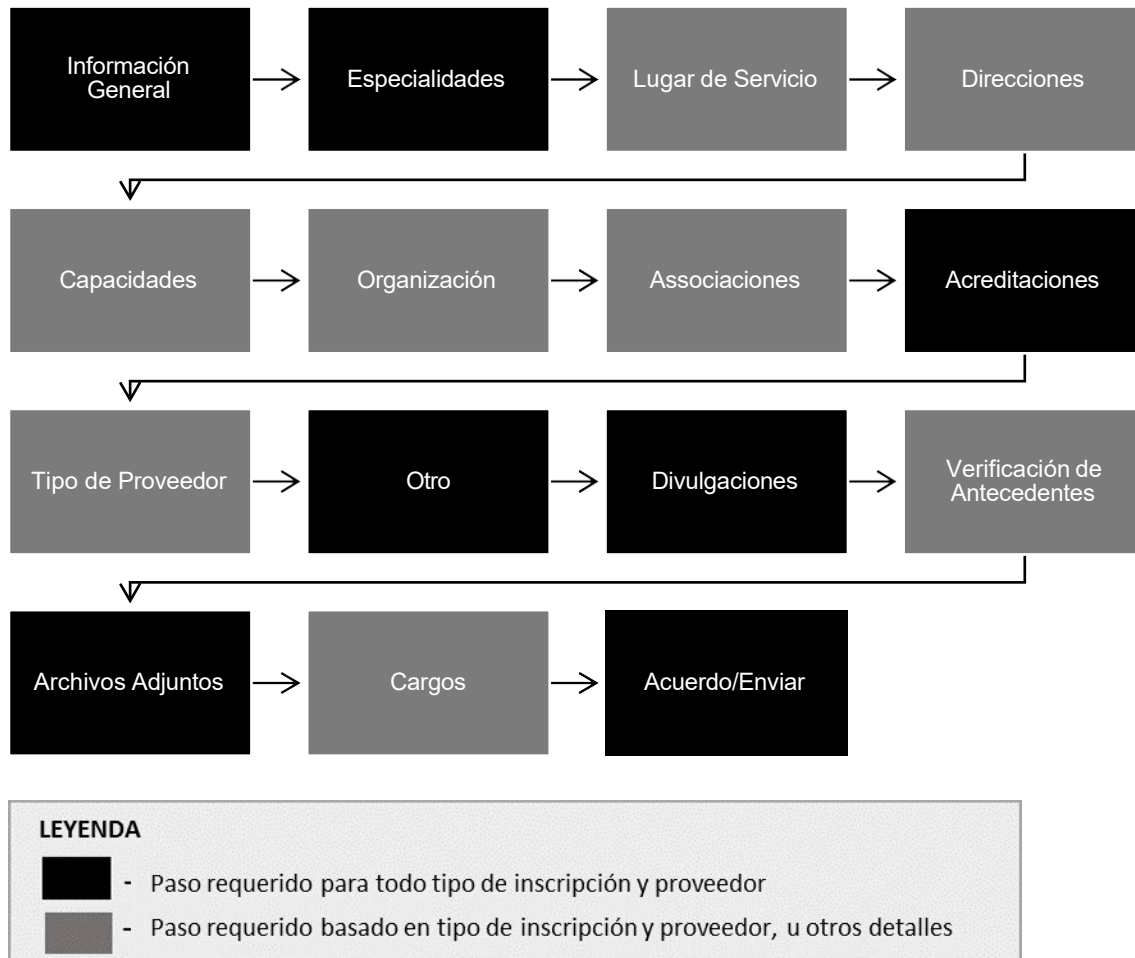
INSCRIPCIÓN PROVEEDOR	Estado de Inscripción
<div>Imprimir</div>	
<h2>Estado de inscripción</h2>	
<p>Este es el estatus actual de su solicitud de inscripción. Si tiene alguna pregunta o inquietud, comuníquese con el Equipo de Inscripción de Proveedores <a href="mailto:pmp-pep@salud.pr.gov">pmp-pep@salud.pr.gov</a></p>	
Número de seguimiento	2441868976
Tipo de Aplicación	Nueva Inscripción
Enviado el	martes, 17 de octubre de
Estado	Pendiente
Fecha de Estado	20/10/2023

### 3 Visión General de los Pasos de Inscripción

El proceso de inscripción en el Portal de Inscripción de Proveedores (PEP) tiene varios pasos que debe completar para poder enviar su solicitud de nueva inscripción. En las siguientes secciones se encuentra un diagrama de flujo donde se observan los pasos generales de inscripción en orden cronológico como pudieran aparecer en una inscripción, seguido por una descripción general de cada paso.

**NOTA:** Para ver los pasos de inscripción de manera más detallada, incluyendo imágenes de cada página y los requerimientos específicos para su Tipo de Inscripción y Proveedor, puede referirse a la Guía de Inscripción - Portal de Inscripción de Proveedores (PEP) de su Tipo de Inscripción.

#### 3.1 Diagrama de Flujo del Proceso de Inscripción



### 3.2 Descripción de los Pasos de Inscripción

1. **Información General** – Seleccione su Tipo de Inscripción y Proveedor, y añada información general correspondiente a su inscripción. Información añadida en este paso incluye información del proveedor, información general de acreditaciones, información de contacto y dirección.
2. **Especialidades** – Añada especialidades y taxonomías para el Tipo de Proveedor seleccionado en el paso de Información Requerida.
3. **Lugar de Servicio** – De ser aplicable, añada la dirección del lugar del servicio y toda información relacionada a esa dirección (número de teléfono, horas de operación, información de dirección de servicio, etc.).
4. **Direcciones** – De ser aplicable, añada tipos de direcciones adicionales a la dirección del lugar de servicio. Ejemplos incluyen Dirección de envío y Dirección de pago.
5. **Capacidades** – Añada detalles adicionales relacionadas a su especialidad, si es determinado ser requerido por el Tipo de Proveedor y especialidad seleccionada en pasos anteriores.
6. **Organización** – De ser aplicable, añada detalles organizacionales tales como tipo de organización y clasificaciones de impuesto.
7. **Asociaciones** – De ser aplicable, indique asociaciones a individuos o grupos para su Tipo de Inscripción. Este paso tiende a ser opcional y es limitado a añadir asociaciones con proveedores que ya están inscritos.
8. **Acreditaciones** – Añada toda licenciatura e información de participación de Medicare. Acreditaciones pueden incluir grado, licencias, número de DEA y participación de Medicaid y Medicare.
9. **Tipo de Proveedor** – De ser aplicable, añada las credenciales requeridas para su Tipo de Proveedor. Esto puede incluir CLIA, Información de Cama, Nivel de Cuidado Materno, Información de Fianza de Garantía, y Médico Colaborador.
10. **Otro** – Añada otras credenciales requeridas. Esto puede incluir Idiomas, Certificaciones, Acreditaciones de Instituciones, Información Adicional e Información de Negligencia Profesional.
11. **Divulgaciones** – Complete las divulgaciones mostradas, las cuales pueden incluir Auto Divulgación del Proveedor, Divulgación del Subcontratista, Propiedad y Control de Intereses, Administración de Empleados, y Transacción de Negocios.
12. **Verificación de Antecedentes** – Vea requisitos adicionales para proveedores de alto riesgo.
13. **Archivos Adjuntos** – Añada la documentación de apoyo requerida para su Tipo de Inscripción.
14. **Cargos** – De ser aplicable, conteste las preguntas relacionadas a los cargos de la solicitud y pague el monto final de cargos.
15. **Acuerdo/Enviar** – Acepte los términos y condiciones contenidos dentro del Acuerdo de Proveedor y repase la información mostrada en la página. Una vez se haya completado, obtenga un Código de verificación y envíe su solicitud.